

La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud

Jorge Díaz-Sáez^a, Daniel Catalán-Matamoras^{b,*}, M. Milagros Fernández-Martínez^a
y Genoveva Granados-Gámez^b

^a Servicio de Toco-ginecología, Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa, Almería, España

^b Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, Almería, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de diciembre de 2010

Aceptado el 10 de marzo de 2011

On-line el 23 de junio de 2011

Palabras clave:

Comunicación
Relación profesional-paciente
Profesionales de la salud
Lactancia materna
Satisfacción del paciente
Investigación cualitativa

Keywords:

Communication
Professional-patient relationship
Health professionals
Breastfeeding
Qualitative research
Patient satisfaction

R E S U M E N

Objetivo: Analizar cómo perciben las primíparas su comunicación con los profesionales de la salud y explorar la satisfacción, necesidades y expectativas hacia los servicios sanitarios.

Método: Este estudio siguió un diseño cualitativo usando entrevistas en profundidad con metodología fenomenológica. La muestra fue de carácter intencional y estuvo compuesta por mujeres puérperas-primíparas residentes en Huércal-Overa (Almería) en 2010.

Resultados: Se obtuvieron seis metacategorías. La saturación de información se consiguió con un total de nueve entrevistas. Las metacategorías fueron: 1) Profesionales de la salud; 2) Embarazo, parto y puerperio; 3) Comunicación; 4) Alimentación del neonato; 5) Sentimientos; 6) Otros. Las participantes se encuentran expectantes ante una experiencia nueva, expresando sentimientos de miedo, angustia y alta sensibilidad hacia todo. La información del círculo familiar unida a la de los profesionales, que refieren como escasa y contradictoria, contribuye a aumentar estos sentimientos. Todos los profesionales sanitarios fueron valorados positivamente. Las contracciones, la dilatación y el parto fueron las experiencias más negativas del proceso. El alta hospitalaria se vivió como temprana y el tiempo dedicado a las consultas se consideró escaso. Se demanda información y apoyo a la lactancia materna, así como mayor respeto en sus decisiones sobre como alimentar a sus bebés.

Conclusiones: Existen posibles áreas de mejora en la comunicación entre las primíparas y el personal sanitario, las cuales deberían tomarse en cuenta en planes de mejora de la satisfacción de las nuevas madres en relación a los servicios sanitarios que se les ofrecen.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Communication and satisfaction among primiparas in a public health service

A B S T R A C T

Objective: To analyze first-time mothers communication with health professionals, and to explore satisfaction, needs and expectation towards healthcare services.

Method: Qualitative design using in-depth interviews and phenomenology was used. First-time mothers from Huercal-Overa (Almería) were intentionally selected in 2010 and were included in the study. A hermeneutic analysis was performed.

Results: Six meta-categories were obtained. Saturation of information was found with nine interviews. The meta-categories were the following: 1) Health professionals; 2) Pregnancy, partum and postpartum; 3) Communication; 4) Child nutrition; 5) Feelings; 6) Others. The mothers perceived as exciting this new experience and expressed feelings of fear, anguish and high sensitiveness. These feelings are increased by the information received from the family circle and the professionals which is referred low and contradictory. All professionals were positively considered, specially the midwife. The following negative experiences were identified: contractions, dilation and delivery. The end of the stay at the hospital was considered early and the time for consultation was short for the mothers. There is a demand about more information on breast feeding. Mothers wish health professionals to respect their decisions.

Conclusions: The study found some areas for improvement in the communication between first-time mothers and health professionals which could be taken into account in satisfaction promotion plans in regards to healthcare services.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Diversos estudios han concluido que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones sanitarias y busque activamente ayuda sanitaria. La comunicación con el usuario de los servicios sanitarios se considera decisiva para asegurar

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dcatalan@ual.es (D. Catalán-Matamoras).

grados óptimos de satisfacción¹. Diversos estudios²⁻⁴ han mostrado cómo influye la comunicación en el grado de satisfacción, y que los pacientes se sienten más satisfechos al ser escuchados y percibir un ambiente de confianza y sinceridad, lo que facilita un mejor conocimiento de su enfermedad.

Como marco referencial, la comunicación interpersonal se define como «una manifestación de cómo yo, emisor, me siento, te manifiesto a ti, receptor, mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos una realidad, y lo que espero de ti al decirte esto. Y por otra parte tú, como receptor, me reflejas (*feedback*) lo que has captado de lo que yo, como emisor, te acabo de decir, tanto a nivel de contenido, sentimiento y demanda, así como lo que has captado con el lenguaje no verbal»⁵. Es de especial interés considerar los factores facilitadores y dificultadores de la comunicación para conseguir un proceso efectivo de la comunicación⁶.

En los diferentes estudios sobre comunicación y salud, los pacientes-usuarios demandan respeto, sensibilidad, acogida, tiempo suficiente, apoyo y comunicación centrada en el paciente⁷. Las carencias comunicativas producen la mayoría de las reclamaciones⁸ y demandas de los pacientes^{9,10}. Esto requiere una especial atención a la comunicación con los usuarios para mejorar su satisfacción durante el proceso asistencial.

Mercer estableció la teoría del «Proceso de convertirse en madre»¹¹. En su investigación incluyó como factores la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el autoconcepto, las actitudes de crianza y la salud. También incluyó las variables del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales. Por último, demostró la importancia del rol paterno. Hizo especial hincapié en que el tipo de ayuda o cuidado que una mujer recibe durante el embarazo y durante el primer año después del nacimiento puede tener efectos a largo plazo, tanto en ella como en el niño.

La lactancia materna es el mejor alimento para el recién nacido, con muy pocas excepciones^{12,13}. La investigación sobre los numerosos beneficios sigue aumentando publicación tras publicación¹⁴. Tanto la estrategia de atención al parto normal¹⁵ como la legislación nacional y autonómica^{16,17} apoyan la lactancia materna como la alimentación ideal para el recién nacido. Al mismo tiempo, es importante recibir información sobre los diversos e importantes perjuicios para la salud que tiene la alimentación con sucedáneos de la leche materna¹⁸. En este sentido, el apoyo por parte de los profesionales de la salud es fundamental y determinante¹⁹. Las madres necesitan ayuda en el puerperio, y la comunicación se convierte en un medio útil para percibir y dar respuesta a sus necesidades²⁰. Los profesionales pueden influir y condicionar estas decisiones aconsejando la práctica de la lactancia materna²¹⁻²³. Las madres demandan una comunicación centrada en sus necesidades, y una mayor disponibilidad y apoyo por parte del personal sanitario^{24,25}.

Por tanto, el objetivo principal fue analizar cómo perciben las primíparas su comunicación con los profesionales de la salud; y el objetivo secundario fue explorar las necesidades, las expectativas y la satisfacción hacia los servicios sanitarios.

Métodos

Este estudio se basa en un diseño cualitativo realizado mediante entrevistas en profundidad²⁶⁻²⁹. La muestra de estudio la constituyen mujeres residentes en Huércal-Overa (Almería). La selección del grupo de participantes fue intencional. Todas las madres cumplieron los criterios de inclusión: a) púérperas primíparas con parto normal para evitar comparar casos complejos derivados por complicaciones diversas que pueden ocurrir durante el embarazo; b) nacionalidad española para evitar los sesgos culturales que existen

en relación a la cultura del embarazo, y c) que los investigadores no hubieran tenido contacto profesional con ellas para evitar posibles prejuicios y sesgos que pudieran producirse por los contactos previos.

La muestra se obtuvo de los datos de las altas hospitalarias. Dada la gran homogeneidad del perfil de las madres necesaria para el propósito del estudio, la saturación de la información se consiguió con un total de nueve entrevistas. El modo de acceso a las participantes fue a través de informantes clave (profesionales de la Unidad Clínica de Tocoginecología), que preseleccionaron a las madres según las historias clínicas.

El uso de un enfoque de tipo cualitativo permite conocer más de cerca las experiencias individuales relativas a la maternidad, lo cual nos permite aproximarnos a distintos aspectos de dicha realidad a través del lenguaje y su capacidad de simbolización, más concretamente de las representaciones y discursos de las mujeres sujeto de estudio, así como entender los significados que éstas dan a sus acciones³⁰.

Se solicitó autorización al comité de ética y al de investigación del Hospital Público La Inmaculada, de Huércal-Overa (Almería), para realizar el estudio. Se solicitó el consentimiento de las participantes tras proporcionarles información sobre los objetivos del estudio.

Durante la entrevista, la dinámica seguida fue la siguiente: presentación del investigador, explicación somera del propósito de la entrevista (explicando sus motivos e intenciones), asegurar la total confidencialidad, necesidad de grabación de la entrevista (asegurando su uso exclusivo para este propósito), firma de la autorización y entrega de un resumen del propósito de la investigación en el cual consta el número de teléfono del investigador por si precisara contactar con él. Se aseguró que una vez transcrita la entrevista se enviaría una copia y que podría añadirse, quitar o rectificar aquello que considerase oportuno. Además, se insistía en que si en algún momento deseaban abandonar o interrumpir la entrevista podían hacerlo. Durante las entrevistas se planteó como norma dejar hablar sin interrumpir, salvo que el tema derivara en cuestiones nimias o irrelevantes para el objetivo planteado. Se hacía especial hincapié en cómo vivió, percibió y sintió la comunicación con los profesionales sanitarios durante su embarazo y el parto.

Las entrevistas se realizaron entre noviembre de 2009 y enero de 2010; todas fueron grabadas, una vez recogido y firmado el consentimiento, y posteriormente transcritas literalmente. En un principio se realizaron cuatro que sirvieron para manejar de forma adecuada la técnica de la entrevista en profundidad y perfilar las preguntas y la dinámica de la entrevista. Éstas no se consideraron válidas para el estudio.

Para facilitar el rendimiento del trabajo en las entrevistas, el entrevistador aplicó un guión compuesto por los siguientes elementos: solicitar la descripción de experiencias personales positivas y negativas en los encuentros clínicos; facilitar el trabajo de identificación de los factores relacionados con la calidad del encuentro clínico contrastando experiencias positivas y negativas, y clarificando los factores que permitían diferenciar unas de otras; y explorar la relación entre la calidad de la relación con los profesionales sanitarios y el desenlace de las decisiones tomadas por las madres. Por último, se solicitaron ideas destinadas a mejorar la calidad de la relación con los profesionales sanitarios en los encuentros clínicos.

Las entrevistas se grabaron digitalmente (Olympus VN-3500PC). Para analizar los datos se utilizó el método basado en la fenomenología. Para la codificación y la recogida de los datos se utilizó el programa Aquad versión 6.7.1.1. Entre los factores relacionados con la calidad de los procesos asistenciales se exploraron tanto los que son expresados o elaborados conscientemente en la discusión como aquellos otros que sólo surgen en forma de dimensiones implícitas. Los investigadores trabajaron con dos modelos de referencia

Tabla 1

Características sociodemográficas de las participantes

Madre	Situación laboral	Profesión	Nivel de estudios	Edad (años)
I	Empresaria	Abogada	Licenciada	34
II	Asalariada	Comercial	Primarios	30
III	Empresaria	Abogada	Licenciada	31
IV	Empresaria	Peluquera	Primarios	32
V	Empresaria	Camarera	Primarios	35
VI	Funcionaria	Auxiliar administrativo	FP 1	32
VII	Interina	Enfermera	Diplomada	34
VIII	Desempleada	Auxiliar administrativo	FP 1	34
IX	Desempleada	Limpiadora	Primarios	30

en relación con los determinantes de los desenlaces, uno psicodinámico que supone enfatizar la importancia de la relación profesional sanitario-paciente y otro comunitario que enfatiza la importancia de factores como la continuidad de los cuidados o el trabajo en equipo.

Dos evaluadores independientes examinaron las transcripciones con el objeto de identificar factores relacionados con la calidad de la comunicación y de la satisfacción durante los encuentros clínicos. Tras esta exploración inicial, tres evaluadores analizaron el material grabado para identificar procesos y actitudes implícitas en las opiniones de las participantes. La generación de ideas y las interpretaciones basadas en el material grabado y transcrito tienen un papel central en el procedimiento de análisis. A continuación se identificaron los elementos asociados con cada uno de estos elementos clave. Para establecer tal asociación, los evaluadores se guiaron fundamentalmente por las opiniones expresadas por las participantes que expresaron de forma típica cada una de las actitudes clave. Para reconstruir los modelos de relaciones percibidas entre los factores se utilizaron las opiniones y percepciones explícitas de las participantes, usando el material transcrito. Este análisis fue llevado a cabo por tres miembros del equipo investigador.

Resultados

Siete entrevistas se realizaron en el domicilio y dos en el hospital. En todas ellas habían transcurrido entre 4 y 6 semanas desde la fecha del parto. La duración media de las entrevistas fue de 30 minutos (entre 15 y 40 minutos). Las características sociodemográficas de las participantes se muestran en la [tabla 1](#). Respecto al acompañamiento de la pareja en el proceso del embarazo, el parto y el puerperio, dos tuvieron un acompañamiento intermitente y las siete restantes un acompañamiento permanente. Sólo en dos casos el acompañamiento de la pareja era exclusivamente de él, y en los otros estaba presente además la madre, la suegra o la hermana, aunque de forma intermitente.

Como resultado general, las madres se encuentran expectantes ante una experiencia nueva para ellas y expresan sentimientos de miedo y angustia, mostrándose muy sensibles hacia todo. Su círculo familiar opina y aconseja que, unido a la información de los profesionales, que refieren como escasa y en ocasiones contradictoria,

contribuye a aumentar estos sentimientos. Expresan la necesidad de apoyo y comprensión.

Se crearon seis metacategorías (profesionales de la salud, embarazo, parto y puerperio, comunicación, alimentación del recién nacido, sentimientos y otros), en las cuales se agruparon los resultados según se explica a continuación.

Profesionales de la salud

Todos los profesionales del equipo multidisciplinario son bien valorados. Las madres destacaron en la matrona asociada un trato basado en la amabilidad, la información y la comprensión ([tabla 2](#)).

Embarazo, parto y puerperio

Las «contracciones/dilataciones» suelen considerarse negativas, asociadas a dolor y demasiada duración. La «epidural» se asocia a que se aplica demasiado tarde.

Alguna madre consideró que las «revisiones en el ginecólogo» son pocas. Esto genera miedo e inquietud, y preferirían que fuera siempre el mismo profesional.

En relación con el «alta hospitalaria», ésta les genera mucha inseguridad cuando vuelven a su casa ([tabla 3](#)).

Comunicación

En relación al tiempo, se considera muy escaso, especialmente en las revisiones por el ginecólogo y cuando se presenta alguna complicación (diabetes gestacional, hipertensión...). Las madres perciben algo de prisa en las consultas, pero se muestran comprensivas dado el número de gestantes y el poco tiempo para cada una.

Cuando se les preguntó si se expresaron libremente, contestaron que pudieron decir lo que quisieron en cada momento.

En cuanto a la posibilidad de formular preguntas, se las ha dejado hacer las preguntas que han querido y se les han contestado de forma educada y correcta.

Respecto al trato y la amabilidad por parte de los profesionales sanitarios, las madres se sintieron tratadas de forma correcta,

Tabla 2

Profesionales de la salud

Matrona/matrón
«Y el matrón me daba ánimos, me decía que me tranquilizara, que era así de lento, que no me preocupase, que estaba allí...», entrevista n.º VIII
«Y la matrona me dio ánimos, dice, mira yo te ayudo a borrar el cuello del útero que te falta y esos dos centímetros enseguida los vas a dilatar», entrevista n.º III
«Yo le decía que eso yo no lo aguantaba, que me pusiesen algo, y el matrón se portó bien, me dijo: "te lo vamos a poner, pero te va a hacer poca cosa, pero si tú quieres te lo ponemos"», entrevista n.º II
Otros profesionales
«Desde el principio muy bien, muy bien. Tanto con mi médico de cabecera como con los ginecólogos, y luego en el hospital, el día del parto, bastante bien», entrevista n.º I
«Yo estaba contentísima del trato de allí, del paritorio, de tantas veces como había ido, ¡y qué bien me trataban!» entrevista, n.º V
«Muy bien, las enfermeras, los médicos de la planta, auxiliares, celadora... bien», entrevista n.º IX
«Y el trato tengo que decir que con las matronas, auxiliares, enfermeras, que hay en la planta, la verdad es que todas en general muy bien» entrevista, n.º VI.

Tabla 3

Embarazo, parto y puerperio

<i>Contracciones/dilatación/epidural</i>
«Es que me duele todo (en la dilatación), es que estaba ya desesperada», entrevista n.º V
«Cuando llegué aquí me pusieron la pastilla esa que te ponen para empezar a dilatarlo, y la verdad ahí empecé a pasarlo mal porque me daban contracciones cada minuto», entrevista n.º II
«La única queja que puedo poner entre comillas es que para mi gusto duró mucho la dilatación», entrevista n.º VI
«Cada 2 minutos y eran superintensos, y le decía al matron que claro, que yo, si eso era así y yo no estaba dilatando, que yo no aguantaba esos dolores», entrevista n.º IV
«No, cómo te vamos a poner la epidural si tenemos que hidratarte, te tenemos que poner los sueros, te tenemos que poner no se qué. . .», entrevista n.º VII
«Yo pienso que no dejar tanto tiempo (para la epidural), ya que lo que a ti te interesa es lo que va dentro», entrevista n.º III
<i>Revisiones ginecólogo</i>
«A mí particularmente me hubiera gustado que el seguimiento me lo hubiera llevado siempre el mismo médico», entrevista n.º I
«Prefiero que el mismo profesional me diga lo que me pasa y, si no me gusta lo que él me diga o quiero otra opción, pues me cojo y me voy a otro médico», entrevista n.º II
«Me hubiese gustado que me hubiesen explicado más cosas de lo que he estado viendo, que solamente me ha dicho el perímetro craneal, el abdomen y el fémur, ya está, y no me ha dicho si tiene la vejiga bien o si tiene ya el estomago formado o cualquier historia», entrevista n.º IV
<i>Alta hospitalaria</i>
«Me desesperé un poquito porque yo veía que me iba al puente a casa, la niña no chupaba», entrevista n.º VIII
«Pues yo me iba a ir y yo decía, bueno, cómo me meto en un fin de semana tan largo y sin biberón y sin nada para que la niña no se me enganche», entrevista n.º V
«Yo, para mí todas estas cosas son nuevas, yo no tenía ni idea. Pues yo me iba a ir y yo decía, bueno, ¿cómo me meto en un fin de semana tan largo?», entrevista n.º IX

educada y amable. La mayoría refieren alguna excepción, pero la consideran puntual.

La comprensión que percibieron las madres fue igualmente buena en general, y comprenden los tiempos de espera y las normas del sistema sanitario, confiando en los profesionales.

En cuanto a si la información fue sencilla y comprensible, en general fue así, aunque se considera escasa. Respecto a la revisión del bebé por el pediatra, la consideran escasa y hubieran deseado estar presentes. La presencia de la enfermera también se consideró escasa, lo que genera angustia e incertidumbre (tabla 4).

Alimentación del recién nacido

En cuanto a la lactancia materna, todas habían decidido previamente lactar a sus bebés y, de hecho, todas la iniciaron. Se asocia con sentimientos de esfuerzo, necesidad de ayuda y apoyo profesional los primeros días, se da poca/ninguna información en el embarazo

y se echa de menos en los primeros días tras el parto, lo que crea incertidumbre e inseguridad por el llanto del bebé. La información de los profesionales muchas veces es contradictoria, y unida a la de los familiares cercanos genera gran confusión en la madre.

Se percibe cierta presión hacia la lactancia materna, que en algunos casos origina sentimientos de culpa, viviéndose como una falta de respeto. En otros casos, la lactancia se vivió de forma positiva.

En cuanto al uso del biberón, no se percibe diferencia entre éste y la lactancia materna. El chupete se considera como algo usual (tabla 5).

Sentimientos

En general, las madres manifestaron sentimientos positivos. Hay dos cuestiones sobre las que manifiestan sentimientos ambiguos y contrapuestos: la lactancia materna y el momento de la dilatación y el parto (tabla 6).

Tabla 4

Comunicación

<i>Tiempo</i>
«Es que ahora me toca a mí y quiero que me veas como a las demás y sin prisas», entrevista n.º III
«Me hubiera gustado decir he hablado con el pediatra, haber estado presente cuando vieron a mi hijo; se lo llevaron y a mí me hubiese gustado ir con él», entrevista n.º I
«La enfermera tampoco me informó. Me dieron los papeles y hay cosas que no pone. . .», entrevista n.º IX
«A la hora de verlo, el pediatra al bebé, se lo llevaron, lo vieron, nos comunicaron a todas las madres que todos los niños estaban bien y no había problemas, pero hubiera deseado estar presente cuando lo veían», entrevista n.º V
<i>Posibilidad de formular preguntas</i>
«Sí, sí, todas las dudas que he tenido», entrevista n.º I
«Yo todo lo que quería preguntar lo preguntaba», entrevista n.º V
«Sí, sí, me dejaron hacer todas las preguntas que quise», entrevista n.º IX
<i>Expresarse libremente/trato y amabilidad</i>
«Yo muy bien, sí, me he encontrado cómoda», entrevista n.º VII
«Yo no tengo queja, conmigo se portaron muy bien», entrevista n.º VIII
«Conmigo se portaron muy bien, la verdad», entrevista n.º II
«El trato que yo he tenido ha sido bueno, la verdad», entrevista n.º III
<i>Comprensión percibida</i>
«O sea, que se portan muy bien. O sea, son muy comprensivos», entrevista n.º I
«Sí, son muy comprensivos», entrevista n.º II
«En general son muy cariñosos, tanto los médicos como los enfermeros, las enfermeras, las auxiliares», entrevista n.º III
<i>Información sencilla y comprensible</i>
«Pero sí que a lo mejor deberían de aportar más información, de que yo, por ejemplo, ahora no sé cuándo lo tengo que llevar porque un niño así, que no te dice nada, que no sabes nada, que más o menos come, duerme. . .», entrevista n.º II
«Del tema del pecho, la pediatra me informó aquella mañana pues que le diéramos el pecho, y en realidad que era lo mejor y poco más», entrevista n.º III
«Cuando lo de la tensión, sólo me dijeron que era peligrosa», entrevista n.º IV

Tabla 5

Alimentación del recién nacido

<i>Sentimientos hacia la lactancia materna</i>
«Es muy duro», entrevista n.º I
«Porque yo me desesperé y veía que el niño no mamaba, y yo me desesperaba y decía “este niño tiene hambre”», entrevista n.º IX
«Y yo decía, porque sé que es lo mejor para el niño, porque yo no puedo, eran las lagrimas cayéndome cada vez que iba a mamar», entrevista n.º VII
«La lactancia es lo mejor que le puedes dar a tu hijo, pero es muy duro. Yo lo veo muy duro, para mí durísimo», entrevista n.º V
<i>Necesidad de ayuda en la lactancia materna</i>
«Gracias a ella (la enfermera), el niño está mamando», entrevista n.º IX
«Un poco más en la consulta que te expliquen, a lo mejor la forma de ponértela, algunas cosillas más, porque eso sí es verdad, lo que yo he leído antes, pero...», entrevista n.º II
«Por muchos libros que leas, que yo me he leído libros, por muchas cosas... pues sí, pero no», entrevista n.º III
<i>Presión hacia la lactancia materna</i>
«Y los médicos, matronas, pediatras, ginecólogos... Les encanta que les digas que le das pecho, porque me dijo “muy bien, muy bien”», entrevista n.º IV
«Vas a pedir un biberón y te asustan. Yo le daré el pecho a mi hijo si a mí me da la gana», entrevista n.º VII
«Entonces parece que a la persona que no le da el pecho, ya no te tratan de la misma manera», entrevista n.º VI
<i>Biberón/chupete</i>
«Digo dame un biberón, que yo no aguanto esto más y que con biberones se han criado muchos y están todos los niños estupendos», entrevista n.º III
«Tampoco es que le vayas a dar algo malo, le vas a dar algo normal. Yo, mi hijo, si veo que llora y necesita algún biberón, pues se lo daré», entrevista n.º V
«Porque toda la vida han llevado los niños chupete», entrevista n.º IX

Tabla 6

Sentimientos

<i>Sentimientos positivos</i>
«La segunda matrona, que se metió conmigo en la habitación... y la verdad es que fue maravilloso», entrevista n.º I
«Fue todo muy bien. Muy bien. Muy bien», entrevista n.º VII
<i>Sentimientos ambiguos/contradictorios</i>
<i>Lactancia materna</i>
«Yo decía “porque sé que es lo mejor para el niño, porque yo no puedo”, eran las lagrimas cayéndome», entrevista n.º VII
«Y pienso, bueno, y si le dijera que no, que no se lo doy porque no quiero, porque también al principio es muy doloroso, entonces comprendo que muchas madres digan “me aburro”», entrevista n.º II
<i>Dilatación/contracciones</i>
«Y yo ya estaba desesperada (en la dilatación)», entrevista n.º V
«Me exploraron y me dijeron que no, que no llevaba ni el útero borrado, ni el cuello, nada, nada, cero, que venía igual que había venido por la mañana, y yo ya estaba superagobiada», entrevista n.º II

Otros

En general las expectativas quedaron cubiertas de forma adecuada, incluso positivamente superadas.

En cuanto a la habitación, se valoró como muy positivo el hecho de ocupar una habitación individual en relación a la intimidad con la lactancia materna, las visitas familiares, compartir el baño, si el niño llora, etc.

En relación a la sanidad privada, en algunos casos y debido a que consideran que las citas con el ginecólogo son muy espaciadas, acuden a una consulta privada (tabla 7).

Discusión

El profesional mejor valorado en este estudio fue la matrona. Tal vez la cercanía en el momento del parto hace que esta figura surja de una manera especial, y que el momento de la dilatación-parto

suponga una relación estrecha, individual, íntima e intensa. Quizás es ésta la manera de relación que demandarían si se les diera a elegir, ya que es lo que más solicitan los usuarios en estudios similares^{7,10}.

Las contracciones, la dilatación y el parto se asocian a dolor y desesperación. Tal vez aún queda en el imaginario social el «parirás con dolor», y se llega al parto muy condicionada por este concepto, lo que hace que la epidural aparezca como la panacea, a pesar de que se oferten otras alternativas tales como medidas físicas (pasear, ducha, etc.) e inhalación de óxido nítrico autoadministrado.

El alta hospitalaria se vivió en muchos casos como temprana. En nuestro caso es comprensible, ya que el apoyo de atención primaria a la puérpera es aún limitado y en los centros de salud no hay matronas. Esto, unido al ser primerizas, aumenta la preocupación. La no integración de la pareja y la familia por parte del sistema sanitario, o que ésta sea todavía de forma muy tímida, puede influir aún más negativamente en ello¹⁷.

Tabla 7

Otros

<i>Expectativas</i>
«Qué me voy a quejar, si os habéis portado todos fenomenal conmigo», entrevista n.º II
«Lo han superado. Muy buenas. O sea, yo sabía que aquí te trataban muy bien», entrevista n.º VI
«Las has superado (las expectativas), muy buenas», entrevista n.º IX
<i>Habitación individual</i>
«Es que... cuando llegué y vi que estaba sola, dije yo, “qué guai”», entrevista n.º III
«En la encuesta de valoración puse que lo que más me gustaba era no compartir la habitación con nadie», entrevista n.º VII
«Prefiero que sean las habitaciones más chicas, que quepa una cama y una silla, y que esté yo sola, a una habitación más amplia y que la esté compartiendo con alguien», entrevista n.º VIII
<i>Sanidad privada</i>
«Y yo dije, voy a un médico privado entre medias, porque yo considero que es mucho tiempo», entrevista n.º I
«He ido a una consulta privada con otro ginecólogo, más que nada porque aquí, yo pienso que lo que sería mejorable sería no dejar tanto tiempo», encuesta n.º VIII
«Yo veo muy largas las consultas de los ginecólogos, te la dan cada 2 meses o cada 2 meses y pico, y como vas un mes al médico de cabecera y otro mes aquí... Pero en el médico de cabecera no te hacen nada, porque a ti lo que te interesa es lo que va dentro, y entonces pues yo lo veo que son muy largas», entrevista n.º IX

El tiempo de las consultas se consideró algo escaso²⁵. La información recibida se calificó como breve y escasa, lo cual, junto al alta precoz y a ser primerizas, generó mayor preocupación y cierta angustia. Puede ser que, como la comunicación durante años con el personal sanitario ha sido pobre y técnica, esta forma de comunicación se haya socializado. La comunicación, desde un enfoque humanístico como la que definen Cibanal et al⁵, debería promocionarse en el trabajo de los profesionales de la salud con las madres.

Otros aspectos relacionados con la comunicación y considerados en este estudio, como dejar hablar y poder hacer preguntas, así como el trato, han sido considerados por las madres como conductas positivas por parte de los profesionales. Mantener un trato correcto, educado y amable con los pacientes es un aspecto influyente en la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios²⁻⁴.

En relación a la lactancia materna, las madres piden claramente ayuda y apoyo del personal sanitario. La teoría intermedia de Mercer¹¹ hace hincapié en la importancia del apoyo¹⁹, los cuidados y la información por parte de las enfermeras de maternidad. Demandan respeto a la decisión sobre la alimentación de sus bebés, percibiendo cierta presión sobre la lactancia materna²¹⁻²³. Los mensajes contradictorios generaron confusión e inseguridad, por lo que resulta necesaria una unificación de criterios entre todos los agentes que atienden a la madre y al bebé.

El biberón y el chupete se vivieron como algo normal, y si se consideró necesario se usó, lo cual mostró la necesidad de información clara y veraz sobre este tema particular^{18,25}.

En relación a la habitación individual, fue un tema que surgió en todas las madres y lo valoraron como algo muy positivo de cara a la intimidad, a la comunicación, a la lactancia materna, etc. En nuestro estudio, la habitación individual se consideró como un aspecto que aumenta la satisfacción de las madres, coincidiendo con otros estudios³².

La metodología cualitativa elegida ha aportado gran riqueza, tanto en cantidad como en diversidad de información. Este trabajo no pretende extender los resultados y conclusiones más allá del grupo de participantes intencionalmente seleccionadas, pero sí ha intentado aproximarse parcialmente al tema, considerando las experiencias de madres con algunas características particulares. Otros modelos de participación, otras clases sociales y otras nacionalidades pueden motivar la realización de otros estudios que acerquen los servicios sanitarios a las demandas de sus usuarios. Como limitación de este estudio, cabe destacar que la muestra sólo corresponde a mujeres de una zona geográfica de Andalucía, Almería. Sería necesario un estudio multicéntrico para averiguar las diferencias que pueda haber en diversos sistemas de salud en otras ciudades y regiones.

Son necesarias futuras investigaciones para lograr una visión amplia del fenómeno de las necesidades de las madres. Por un lado, se debería ampliar la colecta de información realizando entrevistas en tres momentos importantes tras el parto: a las 6 semanas (analizando aquellos problemas del embarazo, el parto y el posparto inmediato), a los 4 meses (analizando aquellos problemas/dificultades en los primeros meses) y a los 6-7 meses (analizando los problemas a más largo plazo, incorporación al trabajo, etc.), como sugiere Mercer¹¹. Además, también sería importante explorar el otro lado del modelo de comunicación, los profesionales sanitarios, y como éstos perciben su comunicación con las gestantes-puérperas (auxiliares de enfermería, enfermeras, ginecólogos, matronas, pediatras, etc.).

Conclusiones

La información y el apoyo a la lactancia materna son demandadas por las madres. Todos los profesionales han sido valorados

positivamente en cuanto a la relación durante el embarazo y el parto. Como experiencias negativas se señalan las contracciones, la dilatación y el parto, que se asocian a dolor y desesperación. El alta hospitalaria se vivió en muchos casos como temprana, y el tiempo dedicado a las consultas, especialmente la de ginecología, se consideró escaso.

Las posibles áreas de mejora en la comunicación entre las primíparas y el personal sanitario fueron las siguientes: 1) información y apoyo en la lactancia materna; 2) mayor duración del tiempo de hospitalización y de las consultas, y 3) habitación individual. Todos estos factores deberían ser considerados en los planes de mejora de la satisfacción de las madres durante este momento tan especial de sus vidas.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La comunicación es un elemento clave y esencial en la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios. No existen estudios previos sobre la comunicación y satisfacción en el colectivo de primíparas.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Existen áreas de mejora en relación a la comunicación y satisfacción de las primíparas. Los servicios sanitarios ofrecidos a este colectivo deben cuidar estos factores para conseguir una mejor satisfacción de las usuarias en un momento tan especial en sus vidas.

Contribuciones de autoría

J. Díaz-Sáez concibió y diseñó el estudio; realizó la adquisición, el análisis y la interpretación de los datos, escribió el artículo y es el responsable de él. D. Catalán-Matamoros evaluó las entrevistas, realizó la revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobó la versión final para su publicación. M.M. Fernández-Martínez evaluó las entrevistas, hizo una revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobó la versión final del manuscrito para su publicación. G. Granados-Gámez evaluó las entrevistas, realizó una revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobó la versión final para su publicación.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todas las participantes del estudio, sin cuya ayuda y tiempo no podría haberse realizado este estudio.

Bibliografía

1. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*. 2000;114 Suppl 3:26-33.
2. Brown R, Butow PN, Boyer MJ, et al. Promoting patient participation in the cancer consultation: evaluation of a prompt sheet and coaching in question asking. *Br J Cancer*. 1999;80:242-8.

3. Butow PN, Dunn SM, Tattersal MHN, et al. Patient participation in the cancer consultation: evaluation of a question prompt sheet. *Ann Oncol*. 1994;5:199–204.
4. McLoughlin PA. Community specialist palliative care: experiences of patients and carers. *Int J Palliative Nursing*. 2002;8:344–53.
5. Cibanal Juan L, Arce Sánchez MC, Carballal Balsa MC. Generalidades sobre la comunicación. En: Cibanal Juan L, Arce Sánchez MC, Carballal Balsa MC, editores. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2010. p. 6.
6. Bimbela Pedrola JL. Habilidades de comunicación. En: Bimbela Pedrola JL, editor. *Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2005. p. 94–7.
7. Venetis MK, Robinson J, LaPlant T, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Education and Counseling*. 2009;77:379–83.
8. Jangland E, Gunninberg L, Carlsson M. Patient' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling*. 2009;75:199–204.
9. Patiño Masó J, Reixach Bosh M. ¿Qué tipo de ayuda demandan los padres de recién nacidos hospitalizados en cuidados intensivos neonatales? *Enferm Clin*. 2009;19:90–4.
10. Kuzel AJ, Woolf SH, Gilchrist VJ, et al. Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. *Ann Fam Med*. 2004;2:333–40.
11. Meighan M, Ramona T. Mercer: adopción del rol maternal - convertirse en madre. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M, editores. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier-Mosby; 2007. p. 609–26.
12. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115:495–506.
13. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Bar)*. 2005;63:340–56.
14. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, April 2007. Evidence Report/Technology Assessment, No. 153. AHRQ Publication No. 07-E007.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007.
16. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Decreto 101/1995 de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento. *BOJA* n° 72, 17/5/1995.
17. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Decreto 246/2005 de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. *BOJA* n° 244, 16/12/2005.
18. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J, Gómez Papí A. Riesgos y perjuicios de la alimentación con sucedáneos para el lactante. En: Aguayo Maldonado J, Gómez Papí A, Hernández Aguilar MT, et al., editores. *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. Asociación Española de Pediatría. Comité de lactancia de la AEP. Madrid: Panamericana; 2008. p. 42–7.
19. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, et al. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd; 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com>, traducida de The Cochrane Library, 2008. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2008.
20. Hoddinott P, Pill R. A qualitative study of women's views about how health professionals communicate about infant feeding. *Health Expectations*. 2000;3:224–33.
21. Furber CM, Thomson AM. The power of language: a secondary analysis of qualitative study exploring English midwives' support of mother's baby-feeding practice. *Midwifery*. 2008;26:232–40.
22. Cairney PA, Alder EM, Barbour RS. Support for infant feeding: mother's perceptions. *Br J Midwifery*. 2006;14:694–700.
23. Aguayo Maldonado J, Pasadas del Amo S, Ramírez Troyano A, et al. Propuestas sugeridas por las madres entrevistadas para potenciar la lactancia materna. Conclusiones y recomendaciones. En: Aguayo Maldonado J, Pasadas del Amo S, Ramírez Troyano A, et al., editores. *La lactancia materna en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud; 2005. p. 107–20.
24. Bramhagen AC, Axelsson I, Hallström I. Mothers' experiences of feeding situations – an interview study. *J Clin Nursing*. 2006;15:29–34.
25. Inue M, Chapman R, Wynaden D. Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients. *J Advanced Nursing*. 2006;55:559–67.
26. Leininger M. Criterios cualitativos: definiciones y propósitos. En: Morse JM, editor. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante; 2005. p. 147–60.
27. Sánchez Moreno E. *Curso de introducción a la investigación clínica. Cap 10. La investigación cualitativa en la investigación en salud. Fundamentos y rigor científico*. Semergen; 2008. p. 75–9.
28. De la Cuesta Benjumea C. ¿Por dónde empezar? La pregunta en investigación cualitativa. *Enferm Clin*. 2008;18:205–10.
29. Barrio-Cantalejo IM, Simón Lorda P. Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:418–23.
30. Gómez Vaquero C, Guillamont Salvador J, Salazar Soler A, et al. Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *Emergencias*. 2005;17:12–6.